

平成30年度茨城県地域枠修学生等臨床実習受入推進事業補助金交付要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、茨城県医師修学資金又は茨城県地域医療医師修学資金の貸与を受けている者(以下「修学生」という。)のうち、県内医師不足地域及び医療機関への理解を深めることを目的に、在籍している各大学のカリキュラムに沿った臨床実習を県内医師不足地域の医療機関で実施する者に対し、予算の範囲内において補助金を交付することに関し、茨城県補助金等交付規則(昭和36年6月19日茨城県規則第67号。以下「規則」という。)に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(補助対象実習)

第2条 補助金交付の対象となる臨床実習(以下「補助対象実習」という。)は、本補助金を受けようとする者が在籍する大学のカリキュラムに位置づけられた診療参加型臨床実習で、県内医師不足地域の医療機関において実施されるものとする。ただし、1名の修学生につき年度内で1回とする。

(補助対象者)

第3条 補助金交付の対象者(以下「補助対象者」という。)は修学生とする。

(補助対象経費)

第4条 補助金交付の対象経費(消費税及び地方消費税を除く額をいう。以下「補助対象経費」という。)は、第2条に定める実習に係る宿泊費及び交通費とし、次に掲げる経費とする。

- (1) 補助対象実習を実施する医療機関の宿泊施設が無償で使用できず、有料で使用した場合及び近隣の有料宿泊施設を使用した場合について、補助対象実習が開始する日の前日の夜の宿泊から補助対象実習が終了する日の前日の夜の宿泊までの宿泊費
- (2) 修学生の現住所から補助対象実習を実施する医療機関までの往復旅費

(補助金の額等)

第5条 補助金の額は次のとおりとし、予算の範囲内において交付する。

- (1) 宿泊費は1泊につき3,000円とする。ただし、実支出額が3,000円を下回る場合は、当該実支出額とする。
- (2) 旅費は現住所から補助対象実習を実施する医療機関までの往復分とし、一般行政職1級の職員の受ける額と同一の額とする。

(補助金交付の申請)

第6条 補助金の交付を受けようとする補助対象者は、規則第4条の規定により、補助金交付申請書(様式第1号)を知事に提出しなければならない。

(交付の条件)

第7条 規則第6条の規定により補助金の交付に付する条件は、次の各号に掲げるとおりとする。

- (1) 規則及びこの要綱の規定に従うこと。
- (2) 補助対象者は、補助対象実習の内容の変更（軽微な変更は除く。）及び補助対象経費の額の変更を行うときは、補助金変更交付申請書（様式第2号）を提出し、知事の承認を受けること。
- (3) 補助対象者は、補助対象実習を中止する場合においては、補助対象実習中止申請書（様式第3号）を提出し、知事の承認を受けること。
- (4) 補助対象者は、補助対象実習が予定期間に完了しない場合又は補助対象実習の遂行が困難となった場合においては、速やかに知事に報告してその指示を受けること。
- (5) 補助対象実習が、他の補助制度の交付対象となった場合は、本補助金の交付を受けてはならない。
- (6) 補助金交付申請に係る提出資料の写し及び各種関係書類を、補助対象実習が完了した日の属する年度の終了後5年間保管しておくこと。

(交付の決定)

第8条 知事は、補助金の交付の申請を受けた場合においては、当該申請に係る事項等の審査及び必要に応じて行う現地調査等を実施し、補助金を交付すべきものと認めたときは、規則第7条の規定により、補助金交付決定通知書（様式第4号）を通知するものとする。

- 2 第7条第2号の規定による補助金変更交付申請を受けた場合において、変更を承認すべきものと認めたときは、補助金変更交付申請承認通知書（様式第5号）を通知するものとする。
- 3 第7条第3号の規定による補助対象実習中止申請を受けた場合において、中止を承認すべきものと認めたときは、補助対象実習中止承認通知書（様式第6号）を通知するものとする。

(申請の取下げ)

第9条 補助対象者は、規則第8条により申請を取り下げようとするときは、補助金交付申請取下げ書（様式第7号）により行うものとする。なお、申請の取下げがあったときは、当該取下げに係る補助金の交付の決定はなかつたものとみなす。

- 2 規則第8条第1項に規定する期日は交付決定の通知を受けた日から起算して10日を経過する日とする。

(決定の取り消し等)

第10条 知事は、規則第9条の規定により、補助金の交付の決定の全部若しくは一部を取り消すべき事由が発生した場合には、補助金交付決定（取消・変更）通知書（様式第8号）により交付決定の全部若しくは一部を取消し、又はその決定の内容若しくはこれに付した条件を変更するものとする。

(実績報告書)

第 11 条 補助対象者は補助対象実習が完了した日から起算して1ヶ月を経過した日又は3月31日のいずれか早い期日までに、事業実績報告書(様式第9号)に次の各号に掲げる書類を添えて知事に提出しなければならない。

- (1) 臨床実習のスケジュール、内容がわかる日誌等の写し
- (2) 実習実施証明書(様式第10号)
- (3) 宿泊費の領収書の写し(内訳明細のわかるもの、宿泊費を申請した場合のみ)
- (4) その他知事が必要と認める書類

(額の確定)

第 12 条 知事は補助対象実習の完了の報告を受けた場合においては、報告書等の書類の審査及び必要に応じて行う現地調査により、その報告に係る補助対象実習の成果が補助金の交付の決定の内容及びこれに付した条件に適合するものであるかを調査し、適合すると認めたときは、交付すべき補助金の額を確定し、補助金確定通知書(様式第11号)により、当該補助対象者に通知するものとする。

(補助金の交付)

第 13 条 補助金の交付は、精算払いとする。

- 2 知事は、前条の規定より、補助金確定通知書(様式11号)を通知した場合は、当該通知した日から、30日以内に、当該補助金の額を補助対象者に支払うものとする。

(補助金の取消し)

第 14 条 知事は、補助対象者が補助金を他の用途に使用し、又は補助金の交付の内容、条件その他法令若しくは指示に違反したときは、額の確定の有無にかかわらず補助金の交付の決定の全部又は一部を取り消すことができる。

附 則

この要綱は平成30年4月1日から施行する。

平成 年 月 日

茨城県知事 大井川 和彦 殿

申請者 大学名（学年） 大学（年）
氏名 印
住所
連絡先（e-mail）
（電話）

茨城県地域枠修学生等臨床実習受入推進事業補助金交付申請書

茨城県地域枠修学生等臨床実習受入推進事業について、補助金の交付を受けたいので、茨城県地域枠修学生等臨床実習受入推進事業補助金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請します。

- 1 補助対象者氏名
- 2 補助対象実習の実施医療機関名及び診療科名
- 3 補助対象実習の期間 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日（ 週間）
- 4 交付申請額 円
(宿泊費 円, 交通費 円)

添付書類 (1) 大学カリキュラムを示したシラバスの写し
(2) その他知事が必要と認める書類

5 補助金振込先

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 ()	支店 出張所
預金種目	1 普通 2 当座 3 その他 ()	
口座番号		
(フリガナ) 口座名義		

平成 年 月 日

茨城県知事 大井川 和彦 殿

申請者 大学名（学年） 大学（年）
氏名 印
住所
連絡先（e-mail）
（電話）

茨城県地域枠修学生等臨床実習受入推進事業補助金変更交付申請書

平成 年 月 日付け医人第 号により交付決定のあった次の実習の内容を変更したので、茨城県地域枠修学生等臨床実習受入推進事業補助金交付要綱第7条第2号の規定により、関係書類を添えて申請します。

1 補助対象者氏名

2 変更前の補助対象実習内容

(1) 実施医療機関名及び診療科名

(2) 実習の期間 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日（ 週間）

(3) 交付決定額 円

（宿泊費 円，交通費 円）

3 変更の理由

4 変更後の補助対象実習内容

(1) 実施医療機関名及び診療科名

(2) 実習の期間 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日（ 週間）

(3) 変更後交付申請額 円

（宿泊費 円，交通費 円）

平成 年 月 日

茨城県知事 大井川 和彦 殿

申請者 大学名（学年） 大学（年）
氏名 印
住所
連絡先（e-mail）
（電話）

茨城県地域卒修学生等臨床実習受入推進事業補助金補助対象実習中止申請書

平成 年 月 日付け医人第 号により交付決定のあった次の実習の内容を中止しましたので、茨城県地域卒修学生等臨床実習受入推進事業補助金交付要綱第7条第3号の規定により、申請します。なお、提出済みの書類に関しては返却を求めません。

- 1 補助対象者氏名
- 2 補助対象実習の実施医療機関名及び診療科名
- 3 補助対象実習の期間 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日（ 週間）
- 4 交付決定額 円
（宿泊費 円，交通費 円）
- 5 補助対象実習を中止する理由

医 人 第 号
平成 年 月 日

殿

茨城県知事 大井川 和彦

茨城県地域枠修学生等臨床実習受入推進事業補助金交付決定通知書

平成 年 月 日付けであった茨城県地域枠修学生等臨床実習受入推進事業補助金交付申請については、次のとおり決定しましたので、茨城県地域枠修学生等臨床実習受入推進事業補助金交付要綱第8条第1項の規定により通知します。

- 1 補助対象者氏名
- 2 補助対象実習の実施医療機関名及び診療科名
- 3 補助対象実習の期間 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日（ 週間）
- 4 交付申請額 円
（宿泊費 円, 交通費 円）
- 5 交付決定額 円
（宿泊費 円, 交通費 円）

医 人 第 号
平成 年 月 日

殿

茨城県知事 大井川 和彦

茨城県地域枠修学生等臨床実習受入推進事業補助金変更交付申請承認通知書

平成 年 月 日付けであった変更申請については、次のとおり承認いたしましたので、茨城県地域枠修学生等臨床実習受入推進事業補助金交付要綱第8条第2項の規定により通知します。

- 1 補助対象者氏名
- 2 補助対象実習の実施医療機関名及び診療科名
- 3 補助対象実習の期間 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日（ 週間）
- 4 交付申請額 円
(宿泊費 円, 交通費 円)
- 5 交付決定額 円
(宿泊費 円, 交通費 円)

平成 年 月 日

茨城県知事 大井川 和彦 殿

申請者 大学名（学年） 大学（ 年）
氏 名 印
住 所
連絡先（e-mail）
（電 話）

茨城県地域枠修学生等臨床実習受入推進事業補助金交付申請取下げ書

平成 年 月 日付け医人第 号で交付の決定を受けた臨床実習について、茨城県地域枠修学生等臨床実習受入推進事業補助金交付要綱第9条第1項の規定により、申請を取り下げます。
なお、提出済みの書類に関しては返却を求めません。

- 1 補助対象者氏名
- 2 補助対象実習の実施医療機関名及び診療科名
- 3 補助対象実習の期間 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日（ 週間）
- 4 交付決定額 円
（宿泊費 円, 交通費 円）
- 5 申請を取り下げる理由

平成 年 月 日

茨城県知事 大井川 和彦 殿

申請者 大学名（学年） 大学（年）
氏名 印
住所
連絡先（e-mail）
（電話）

茨城県地域枠修学生等臨床実習受入推進事業補助金事業実績報告書

このことについて、茨城県地域枠修学生等臨床実習受入推進事業補助金交付要綱第11条の規定により、関係書類を添えて報告します。

1 補助対象者氏名

2 補助対象実習の実施医療機関名及び診療科名

3 補助対象実習の実施期間

平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日（ 週間）

4 補助対象実習の交付決定額及びその精算額

交付決定額 円

（宿泊費 円，交通費 円）

精算額 円

（宿泊費 円，交通費 円）

平成 年 月 日

茨城県知事 大井川 和彦 殿

発行者 住 所
医療機関名
実習担当所属長名 印
担当者氏名
連絡先 (e-mail)
(電 話)

茨城県地域枠修学生等臨床実習受入推進事業補助金実習実施証明書

このことについて、下記のとおり茨城県地域枠修学生等臨床実習受入推進事業補助金の補助対象実習を実施したことを証明いたします。

記

- 1 補助対象者氏名
- 2 補助対象者大学名 (学年)
- 3 補助対象実習を実施した診療科名
- 4 指導医氏名
- 5 補助対象実習の実施期間
平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日 (週間)
- 6 院内宿泊施設(借り上げアパート等含む)の無償使用の有無 (該当するものに○) 有 ・ 無

殿

茨城県知事 大井川 和彦

茨城県地域枠修学生等臨床実習受入推進事業補助金確定通知書

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日付けで実績報告のあった補助対象実習については、次のとおり補助金の額を確定しましたので、茨城県地域枠修学生等臨床実習受入推進事業補助金交付要綱第 12 条の規定により通知します。

1 補助対象者氏名

2 補助対象実習の実施医療機関名及び診療科名

3 補助対象実習の実施期間

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ~ 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 (____ 週間)

4 交付決定額 円
(宿泊費 ____ 円, 交通費 ____ 円)

5 交付確定額 円
(宿泊費 ____ 円, 交通費 ____ 円)